



Formulario de Información del Paciente

Por favor escriba claramente

Si es necesario, solicite ayuda para completar este formulario.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Mes / Día / Año

Nombre de Preferencia: _____

Enumere cualquier nombre(s) diferente que ha usado, como un nombre de soltero(a): _____

Dirección: _____ Casilla Postal: _____

Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ Código Postal: _____

Teléfono Primario: _____ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐
(marque uno) → Teléfono Secundario: _____ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐
(marque uno) →

Dirección de Correo Electrónico: _____

Yo autorizo Lamprey Health Care para comunicarse conmigo mediante correo electrónico. ☐ Sí ☐ No

Género asignado al nacer: ☐ Femenino ☐ Masculino

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separada/o ☐ Divorciada/o ☐ Viuda/o ☐ Pareja

Estado de Empleo: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Retirado (Fecha): _____
☐ Incapacitado Nombre del Empleador: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono del Contacto Emergencia: _____ Relación: _____

Si el paciente es un niño, por favor complete esta sección.

Nombre del padre/tutor # 1: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación con el Paciente: _____
Mes / Día / Año

Quién tu compañía de seguro lista como proveedor de atención primaria: _____

Nombre del padre/tutor # 2: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación con el Paciente: _____
Mes / Día / Año

Quién tu compañía de seguro lista como proveedor de atención primaria: _____

Información del seguro de salud

Por favor proporcione su(s) tarjeta(s) para que podamos hacer una copia.

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____
Mes / Día / Año

Nombre del Seguro: _____ # ID _____

Relación con el Paciente: _____

Quién tu compañía de seguro lista como proveedor de atención primaria: _____

Si no tiene seguro, y le preocupa que su cobertura no sea suficiente o le preocupe pagar copagos/servicios, por favor solicite hablar con alguien sobre nuestros programas de asistencia financiera.



Nombre del Paciente:

Fecha de nacimiento del Paciente:

Mes / Día / Año

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO DE PACIENTES EXTERNOS

De manera continua, Yo solicito, consiento, y autorizo Lamprea Health Care, Inc. para realizar pruebas, diagnósticos y procedimientos terapéuticos y proporcionar cuidados generales y tratamiento determinados necesario y / u ordenado por los profesionales de la salud involucrados en mi cuidado. Esto incluye, pero no se limita a, el desempeño de exámenes físicos y rayos X u otros diagnósticos o procedimientos radiológicos, así como la toma de sangre, tejidos, fluidos u otras muestras corporales. También doy mi consentimiento y autorizo Lamprea Health Care para examinar, utilizar para los fines que fueron proporcionados, almacenar y disponer de cualquier sangre, tejidos, fluidos corporales o muestras de acuerdo con los requisitos legales y procedimientos habituales. Entiendo que puedo pedir a mis proveedores de salud acerca de mi atención, tratamiento y procedimientos en cualquier momento y yo soy alentado a hacerlo.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

Lamprey Health Care aplica un método de equipo integrado para la coordinación de la atención primaria y salud conductual. Como un equipo integrado, todos los miembros del personal trabajan juntos, mejorando la comunicación entre los proveedores mediante el intercambio de decisiones y de informaciones usando un expediente médico, así como la responsabilidad colectiva por el plan de atención del paciente. Servicios de salud conductual están disponibles para todas las personas. Entiendo que profesionales de la salud en entrenamiento pueden estar implicados en mi atención y doy mi consentimiento para su participación en ella bajo la supervisión apropiada.

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FISCAL Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cobranzas y facturas asociadas con mi cuidado y tratamiento, excepto en la medida en que la totalidad o parte de estas cobranzas o cuentas son pagadas o cubiertas por un seguro de salud, un programa de salud pública (como Medicare o Medicaid), un programa de asistencia financiera, u otra parte responsable de su pago (los cuales son referidos como "tercero pagadores"). Autorizo Lamprey Health Care a someterse facturas o reclamaciones y la información relacionada con respecto a mi estado de salud, la atención, el tratamiento y los pagos realizados por mi cuidado y tratamiento a cualquier tercero pagador aplicable y sus socios de negocios. También autorizo a tal tercero pagadores para realizar pagos directos a Lamprey Health Care en respuesta a estas cobranzas o reclamaciones.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Lamprey Health Care mantiene registros electrónicos y en otras formas. Estos registros describen, entre otras cosas, mi estado de salud pasado y actual, incluyendo el diagnóstico de cualquier enfermedad y las condiciones, la naturaleza y los resultados de exámenes y pruebas, tratamientos proporcionados, y cualquier plan de cuidado o tratamiento. Además, estos registros incluyen información de facturas, social y otra información de identificación y pueden incluir información confidencial, como los resultados de prueba genéticas, estado de VIH / SIDA y el uso de drogas y alcohol (todos los cuales se conocen como mi "Información de Salud"). Doy mi consentimiento y autorizo Lamprey Health Care, cuando sea necesario para mi tratamiento, pago de mis facturas, o las operaciones comerciales de Lamprey Health Care, operaciones de atención médica, para liberar y intercambiar mi Información de salud con otros profesionales de la salud y organizaciones involucradas en mi cuidado y con socios de negocios que Lamprey Health Care ha contratado por las mismas razones. Entiendo que cualquier divulgación de esta información de salud puede ser usado o re-divulgado por el destinatario de los registros y, por lo tanto, ya no estará protegido por leyes federales de privacidad como 42 CFR Parte 2. Entiendo que al reusar dar mi consentimiento para que mis registros se divulguen con fines de pago puede resultar en que Lamprey Health Care se niegue a tratarme.

ESTE CONSENTIMIENTO PERMANECERÁ EFECTIVO HASTA QUE LO REVOQUE POR ESCRITO, LO CUAL PUEDO HACER EN CUALQUIER MOMENTO EXCEPTO EN LA MEDIDA EN QUE LAMPREY HEALTH CARE O CUALQUIER OTRO DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN DIVULGADA A CONTINUACIÓN YA HAYA ACTUADO CONFIANDO EN ÉL

Firma:

(Paciente o Representante Autorizado)

Fecha:

Mes / Día / Año

Relación del Representante Autorizado:

(Por ejemplo: Padre, Guardián, o Agente de Cuidados de Salud)

SÓLO MEDICARE

Solicito el pago de beneficios autorizados por Medicare para mí o en mi nombre por cualquier servicio proporcionados por mí o por Lamprey Health Care. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo de información sobre mí para liberar a Medicare y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios por servicios relacionados. Si tiene Medicare, inicie sesión para confirmar que ha leído y comprende esta sección.

Firma:

(Paciente o Representante Autorizado)

Fecha:

Mes / Día / Año



Formulario de Información del Paciente

Por favor escriba claramente

Si es necesario, solicite ayuda para completar este formulario.

Lamprey Health Caree recibe fondos estatales y federales para apoyar a nuestros servicios. Devez en cuando se nos pide que informemos sobre la situación financiera general y la raza / origen étnico de nuestros pacientes. Su ayuda para completar esta información nos ayudará a aplicar para futuros fondos.

Toda la información proporcionada es confidencial.

Gracias por su cooperación.

Raze: Seleccione máximo dos de las que mejor se apliquen en su caso.

Indio asiático	Otros Isleños del Pacífico
Chino	Guameño o Chamorro
Filipino	Samoano
Japonés	Negro / Afroamericano
Coreano	Indio americano/nativo de Alaska
Vietnamita	Blanco
Otro asiático	Más de una raza
Nativo hawaiano	Elige no revelar

Etnia

No hispano, latino, español
Mejicano
Puertoriqueno
Cubano
Otro origen hispano, latino, español.
Otro origen hispano, latino y español combinado

Orientación Sexual

¿Cuál es tu orientación sexual?
Derecho o Heterosexual
Lesbiana, Gay u Homosexual
Bisexual
Algo más
No sé
Prefie o no divulgar

Pronombre de Preferencia:

Ella/Ella
Ella/Ellas
El/El
El/Ellos
Ellos/Ellos
Otro

Comunicación con usted

Si **No**

¿Es su primer idioma Inglés?
Si no, ¿cuál es su primer idioma?
¿Necesita un intérprete?
¿Tienes problemas auditivos?
¿Necesita de un intérprete de lenguaje de signos?

Arreglo de Vivienda

Alquiler	Propietario de Casa
Albergue	Vivienda de Transición
Calle	Vive con relativo /amigo
Otro:	

Identidad de Género

¿Cuál es tu identidad de género?

☐ Hombre
☐ Mujer
☐ Hombre Transexual de Mujer
☐ Mujer Transexual de Hombre
☐ Género raro o variante (no exclusivamente masculino o femenino)
☐ Categoría de género adicional u otro
☐ Prefie o no divulgar

¿Eres..... (Marque todos los que correspondan)

☐ Estudiante de tiempo completo
☐ Estudiante de medio tiempo
☐ Trabajador de Temporada
☐ Veterano
☐ Trabajador Migrante

¿Cómo se enteró de nosotros?

☐ Relativo/Amigo
☐ Hospital/Otro Proveedor
☐ Internet/Redes Sociales Noticias
☐ Evento de la Comunidad
☐ Agencia de Servicio Social
☐ Otro:



Formulario de Información del Paciente

Por favor escriba claramente

Instrucciones de la cuadrilla de ingreso:

Paso 1: Mire abajo la columna A y busque la fila que coincide con el número de personas en su hogar, incluyendo los niños. Si hay más de 8 en su hogar, utilice la fila 8

Paso 2: Siga esa fila al otro lado hasta encontrar el nivel de ingresos que mejor coincide con la de su familia y márkela con un círculo.

Tamaño de la familia	De-A	De	A	De	A	De	A	Ariba
1	\$0- \$15,650	\$15,650.01	\$21,127.50	\$21,127.51	\$28,952.50	\$28,952.51	\$31,300	\$31,300
2	\$0- \$21,150	\$21,150.01	\$28,552.50	\$28,552.51	\$39,127.50	\$39,127.51	\$42,300	\$42,300
3	\$0- \$26,650	\$26,650.01	\$35,977.50	\$35,977.51	\$49,302.50	\$49,302.51	\$53,300	\$53,300
4	\$0- \$32,150	\$32,150.01	\$43,402.50	\$43,402.51	\$59,477.50	\$59,477.51	\$64,300	\$64,300
5	\$0- \$37,650	\$37,650.01	\$50,827.50	\$50,827.51	\$69,652.50	\$69,652.51	\$75,300	\$75,300
6	\$0- \$43,150	\$43,150.01	\$58,252.50	\$58,252.51	\$79,827.50	\$79,827.51	\$86,300	\$86,300
7	\$0- \$48,650	\$48,650.01	\$65,677.50	\$65,677.51	\$90,002.50	\$90,002.51	\$97,300	\$97,300
8+	\$0- \$54,150	\$54,150.01	\$73,102.50	\$73,102.51	\$100,177.50	\$100,177.51	\$108,300	\$108,300

☐ Marque aquí si su ingreso familiar es superior a los niveles mencionados.

Pautas de tarifas de descuento de Lamprey Health Care 2/1/2025

Si es necesario, solicite ayuda para completar este formulario.

Lamprey Health Care recibe fondos estatales y federales para apoyar a nuestros servicios. Devez en cuando se nos pide que informemos sobre la situación financiera general y la raza / origen étnico d nuestros pacientes. Su ayuda para completar esta información nos ayudará a aplicar para futuros fondos.

Toda la información proporcionada es confidencial.

Gracias por su cooperación.

SÍGUENOS

